

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

THÈSE 147
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Debora FINTECLUS, née Tchernine

NÉE A ROSTOFF-SUR-DON, LE 12 MARS 1885

Contribution à l'Étude de la
TUBERCULOSE
du COL de l'UTÉRUS
et de
son Traitement chirurgical

Président : M. le Professeur S. POZZI

PÂRIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1913

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

THÈSE 147
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Debora FINTECLUS, née Tchernine

NÉE A ROSTOFF-SUR-DON, LE 12 MARS 1885

Contribution à l'Étude de la
TUBERCULOSE
du COL de l'UTERUS
et de
son Traitement chirurgical



Président : M. le Professeur S. POZZI

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^e). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1913

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	(WIDAL
Pathologie chirurgicale	(TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	GILBERT
Clinique médicale	DEBOVE
	LANDOUZY
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BALTHAZARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRANCA	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CARNOT	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	TINE	KINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECÈNE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur LANDOUZY

Monsieur le Professeur WIDAL

Monsieur le Professeur BAR

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur GUINARD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur à la Faculté de Médecine

—Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BENDER

Ancien chef de Clinique gynécologique de l'Hôpital Broca

*Qui a bien voulu nous guider
dans notre travail, l'hom-
mage de notre vive recon-
naissance.*

Introduction

Parmi les localisations de la tuberculose au niveau de l'appareil génital de la femme, la tuberculose primitive du col constitue une variété relativement rare. Depuis quelques années, cependant, un certain nombre d'observations ont été publiées et quelques travaux importants ont bien mis en lumière les caractères anatomiques et cliniques de la lésion. Nous citerons parmi les travaux la thèse de L'ANNE-DEHORRE les mémoires de POSONLOS et VIOLLET et de DELÈTRETZ, et enfin la thèse de CHATON. Ce dernier auteur a rassemblé dans la littérature médicale 87 observations de tuberculose du col et a donné de cette affection une étude très complète. Une question cependant, dans l'histoire de la tuberculose cervicale, reste en discussion, c'est celle du traitement.

Alors que, jusqu'aux dernières années, on considérait la tuberculose du col comme justiciable de l'hystérectomie, on tend actuellement à revenir, du

moins dans certains cas, à des méthodes plus conservatrices. C'est ce point de vue surtout que nous nous proposons de développer à l'occasion de deux observations qui nous ont été obligeamment communiquées par M. X. Bender. Il nous a paru inutile de reproduire ici tous les cas antérieurement publiés et qu'on trouvera réunis dans la thèse de Chaton. Nous rapporterons seulement les deux observations qui servent de base à ce travail.

Observations

OBSERVATION I (D^r Xavier BENDER) (1)

Mme M. G..., 32 ans, est vue au mois de mars 1909. Ses antécédents héréditaires et collatéraux ne présentent rien d'intéressant. Ses père et mère sont vivants et bien portants ; elle a un frère et une sœur bien portants également. Dans ses antécédents personnels rien non plus qui vaille la peine d'être signalé. Elle a toujours eu, dit-elle, une bonne santé ; c'est d'ailleurs une femme grande et vigoureuse, aimant et pratiquant les sports.

Au point de vue génital, elle a été réglée à 14 ans. Les règles irrégulières et douloureuses au début, se sont peu à peu régularisées, durant quatre à cinq jours, plutôt assez abondante et toujours accompagnées de douleurs assez vives dans le bas-ventre et dans les reins. Leucorrhée légère dans l'intervalle des règles. La malade s'est

(1) Xavier Bender : *Sur un cas de tuberculose du col de l'utérus*. (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, septembre 1912, p. 193.)

mariée à vingt-deux ans ; devenue enceinte presque aussitôt après, elle eut une grossesse absolument normale et accoucha à terme d'un garçon actuellement vivant et bien portant. Trois ans après, nouvelle grossesse avec accouchement normal et suites normales. Enfin, il y a un an, au mois de mars 1908 fausse couche de quatre mois que la malade attribue à de trop longues promenades à cheval et en automobile. C'est de cette époque que datent les troubles génitaux. La fausse couche fut suivie de pertes assez abondantes qui se répétèrent les mois suivants : le repos, les grandes injections amenèrent une amélioration. Les hémorragies cessèrent, les règles demeurant toutefois plus abondantes et plus prolongées que précédemment. Sur ces entrefaites la malade eut à supporter de grandes fatigues du fait de la maladie et de la mort de son mari, qui succomba au mois de décembre 1908 à une fièvre typhoïde. Cette période de surmenage amena une recrudescence des troubles génitaux. La malade eut à plusieurs reprises, dans l'intervalle des règles, des hémorragies d'ailleurs assez peu abondantes, qui duraient trois ou quatre jours. Mais surtout elle était incommodée par des pertes blanches continuelles, très abondantes, souvent mal odorantes. Elle souffrait aussi de douleurs persistantes dans les reins, accompagnées d'irradiations crurales. Enfin il lui arrivait de temps en temps de perdre brusquement une assez grande quantité de liquide séreux incolore ou légèrement rosé. Cette sorte d'hydrorrhée amenait, disait-elle, une certaine diminution des phénomènes douloureux. L'état ne s'améliorant pas, la malade vint me consulter au commencement du mois de mars 1909.

L'examen ne me révéla rien de bien particulier. Le toucher vaginal me révéla un col gros et mou, le corps utérin légèrement augmenté de volume, était en antéversion marquée. Il présentait une consistance assez molle et était un peu sensible à la palpation. Les annexes étaient saines.

Au spéculum, le col, gros et turgescant, de coloration violacée, criblé d'œufs de Naboth, présentait au pourtour de l'orifice externe une ulcération elliptique, transversale, intéressant les deux lèvres, mais empiétant un peu plus largement sur la lèvre antérieure, comme il en est presque toujours lorsque l'utérus est en antéversion. Cette ulcération, rougeâtre, granuleuse, molle au toucher, saignait assez facilement au moindre contact. Je ne pensai pas un instant qu'il pût s'agir là d'autre chose que d'une ulcération métritique banale. D'ailleurs, les commémoratifs, le début des accidents après une fausse-couche survenue quelques mois auparavant, l'état de subinvolution de l'utérus, tout cela m'incitait à faire le diagnostic de métrite *post-abortionum*. L'examen des sécrétions cervicales, pratiqué à plusieurs reprises, me montra, au milieu de très nombreux leucocytes, une flore microbienne abondante, mais dans laquelle je ne pus jamais mettre en évidence le gonocoque. Je signalerai en passant que j'avais fait, comme toujours, une coloration au bleu de Kühne, un Gram et un Ziehl, et que je ne rencontrai jamais, sur les coupes, aucun bacille de Koch.

Je m'en tins donc à mon diagnostic de métrite. Pendant deux mois, sur le désir de la malade qui souhaitait éviter une opération, j'essayai un traitement médical : injections vaginales émollientes, pansements glycinés,

cautérisations à la teinture d'iode. Ce traitement n'amena aucune amélioration et l'opération fut alors acceptée.

OPÉRATION le 10 mai 1910. Curettage et amputation du col. Le col se laisse facilement dilater. Le curettage ramène une certaine quantité de débris de muqueuse : cautérisation à la glycérine créosolée, tamponnement avec une petite lanière de gaze iodoformée. Je fais ensuite l'amputation biconique du col (Simon-Markwald). Suture des tranches cervicales au catgut chromé. Pansement vaginal.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Les pansements ont été renouvelés tous les deux jours et la cicatrisation était achevée le quinzième.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les fragments du col réséqués ne présentaient à l'œil nu, aucun caractère spécial de nature à attirer l'attention et à me faire croire que je ne me trouvais pas en présence d'une métrite simple. Les fragments prélevés sur l'une et l'autre lèvre furent fixés au sublimé acétique, coupés à la paraffine, colorés à l'hématéine-éosine et l'hématoxyline. (Van Gieson). Dès le premier examen des coupes, je pus me convaincre que j'étais en présence, non pas d'une ulcération métritique, mais d'une tuberculose du col de l'utérus.

Voici, en effet, quelles furent mes constatations :

1° *Fragment prélevé sur la lèvre antérieure.* — En examinant les coupes à un faible grossissement, on constate qu'il existe une ulcération assez large, commençant au niveau de l'orifice interne, à peu près à la hauteur de la zone d'union de l'épithélium pavimenteux du museau de tanche, et s'étendant sur une largeur de un centimètre environ. La surface de cette ulcération est recouverte de

placards fibrineux englobant des leucocytes et des globules rouges. Son fond est formé d'un tissu de granulation, très abondamment infiltré de leucocytes et contenant de nombreux capillaires gorgés de sang. La muqueuse du canal cervical, dans la partie intéressée par la coupe, apparaît enflammée, avec des glandes dilatées dont l'épithélium est tuméfié et desquamé par places.

L'épithélium pavimenteux du museau de tanche, conservé sur une petite étendue à la limite de l'ulcération, ne présente pas de modifications appréciables. Déjà, à cet examen superficiel, mon attention avait été attirée par quelques particularités qui m'avaient causé une vive surprise. J'avais remarqué, en effet, au niveau des parties profondes correspondant à la région ulcérée, de petits placards d'aspect nécrotique, colorés en rose sale par l'éosine, et au milieu desquels tranchaient vivement de gros éléments multinucléés. J'eus immédiatement l'impression que je me trouvais en présence d'un cas de tuberculose du col.

En employant un grossissement un peu plus fort (Stiasnie : obj. 4 ; ocul. compensat. 6), cette impression se trouva pleinement confirmée. Je découvris aisément un assez grand nombre de tubercules absolument caractéristiques avec, au centre, une ou plusieurs cellules géantes entourées d'une double couronne de cellules épithélioïdes et lymphoïdes. Quelques-uns de ces tubercules étaient presque complètement caséifiés. Toute la musculature utérine, dans l'intervalle des granulations tuberculeuses était très fortement infiltrée de leucocytes.

L'infiltration tuberculeuse s'étendait assez loin dans la profondeur et, en particulier, on trouvait sur les coupes trois ou quatre granulations au voisinage immédiat du

point où avait porté la section du col au cours de l'opération.

Le diagnostic de tuberculose ne me semblait pas faire le moindre doute, mais je voulais en avoir une preuve certaine. Les fragments du col ayant été fixés en totalité, il ne m'était pas possible de recourir à l'inoculation au cobaye. Je dus me contenter de colorer un certain nombre de coupes par la méthode de Ziehl et je pus, sans difficulté, mettre en évidence des bacilles de Koch, pas très nombreux, mais absolument caractéristiques.

2^e Fragment prélevé sur la lèvre postérieure. — Les constatations histologiques furent, sur ces coupes, à peu près identiques à ce qu'elles avaient été sur le fragment prélevé sur la lèvre antérieure, à cette différence près, que l'ulcération était, ainsi que je l'ai dit plus haut, un peu moins étendue. Les tubercules étaient peut-être un peu moins nombreux, mais il existait, en revanche, un large placard caséeux visible en examinant les coupes par transparence.

Ici encore, l'infiltration tuberculeuse était profonde et il m'était impossible de certifier que la section du col avait été faite en tissu sain. Des coupes colorées par la méthode de Ziehl permirent également de retrouver des bacilles de Koch.

Le diagnostic de tuberculose du col, établi avec certitude par l'examen histologique, avait été pour moi une surprise. Je le répète en effet, rien dans l'histoire de la malade ni dans les constatations cliniques n'avait pu me faire penser à la tuberculose. Les commémoratifs, les symptômes accusés par la malade, les résultats de l'examen, tout s'accordait pour me faire faire le diagnostic de

métrite *post abortum* La constatation d'une tuberculose du col était de nature à me donner de très sérieuses préoccupations au sujet de l'avenir de mon opérée. Je n'avais pas fait l'examen des débris de muqueuse ramenés par le curettage ; je ne pouvais donc savoir s'il y avait ou non de la tuberculose de la muqueuse corporeale. J'ai dit plus haut que, sur les coupes, l'infiltration bacillaire paraissait s'étendre très profondément si bien que je redoutais fort de n'avoir pas dépassé les limites du mal.

La récurrence plus ou moins rapide, l'extension à l'utérus et aux annexes étaient évidemment à craindre. J'interrogeai à nouveau la malade sur ses antécédents, sans rien recueillir qui valût la peine d'être noté. Je l'examinai avec le plus grand soin et ne trouvai aucune lésion ni au poulmon, ni dans aucune viscére, ni au niveau des différentes groupes ganglionnaires. Je ne pus me décider à faire d'emblée la castration utéro-annexielle chez cette femme jeune encore et de santé générale excellente, et je résolus d'attendre, en exerçant une surveillance attentive, me réservant d'intervenir sans retard au moindre signe de récurrence. Depuis lors, j'ai revu la malade tous les mois, et, pour la dernière fois, fin juillet de cette année. Et j'eus la satisfaction de voir la guérison se maintenir d'une façon inespérée. Depuis l'opération, les pertes blanches et les hémorragies ont complètement cessé. Les règles ont été constamment régulières, moyennement abondantes et durant quatre jours. Les douleurs ont disparu. Localement, je n'ai rien observé d'anormal la cicatrice cervicale est parfaite. L'état général est excellent. La malade mène, sans aucune fatigue, une exis-

tence à la fois mondaine et sportive. L'auscultation pulmonaire révèle une respiration large et profonde. Il semble bien que, étant donné le temps depuis l'opération, près de deux ans et demi, la guérison puisse être considérée comme définitive.

OBSERVATION II. (D^r XAVIER BENDER).

Tuberculose primitive ulcéreuse du col de l'utérus.

Amputation du col. Guérison. (1).

M... Emilienne, 34 ans, sans profession, entre à la clinique le 25 septembre 1911.

Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents personnels assez chargés. La malade a eu pendant sa première enfance la rougeole et la scarlatine. Fièvre typhoïde à seize ans. A 18 ans a une attaque assez violente de rhumatisme articulaire aigu qui a guéri cependant sans laisser à sa suite des lésions cardiaques. A l'âge de 20 ans pneumonie aiguë.

Au point de vue génital, la malade a été réglée à 14 ans ; les règles ont été, au début, très irrégulières, très douloureuses. Au bout de deux à trois ans, elles se sont régularisées et depuis elles sont restées moyennement abondantes durant quatre à cinq jours. Toujours plus ou moins douloureuses. Jamais de métrorragies.

La malade s'est mariée à 22 ans. Elle a eu trois grossesses avec accouchements normaux et suites normales. Les

(1) Les préparations microscopiques relatives à cette observation ont été présentées à la Société anatomique de Paris, le 8 novembre 1912.

enfants sont actuellement vivants et bien portants. Le dernier accouchement date du mois de mars 1910. Au mois janvier 1911, la malade a fait une fausse couche de deux mois.

La malade a toujours présenté depuis sa jeunesse une leucorrhée assez abondante. Depuis sa fausse couche cette leucorrhée a encore augmenté d'abondance et a pris un caractère franchement purulent. En même temps apparaissent des douleurs lombaires accompagnées d'une sensation de pesanteur pelvienne et parfois d'irradiations crurales. La malade alla consulter plusieurs médecins qui diagnostiquèrent une métrite post-abortum et conseillèrent comme traitement le repos, des injections, des pansements glycérinés. Ce traitement n'amena d'ailleurs aucune amélioration. Les pertes continuèrent épaisses, purulentes, parfois striées de sang.

La malade vient consulter le 15 septembre 1911. Le palper abdominal ne révèle rien d'anormal. Au toucher, on sent un col volumineux et turgescant dont l'orifice paraît irrégulier et granuleux ; le corps utérin n'est pas augmenté de volume. Il est en rétroversion complète mais mobile et se laisse réduire très aisément. Les annexes sont absolument saines.

L'examen au spéculum confirme la sensation anormale que donnait le col au toucher. Le col est gros, rouge violacé. Tout autour de l'orifice cervical, existe une ulcération, plus développée au niveau de la lèvre postérieure. Cette ulcération est irrégulière, granuleuse, d'une coloration gris rosé, recouverte d'une exsudation jaunâtre. La consistance est assez friable et la surface saigne au moindre contact. L'aspect de cette ulcération n'éveille nullement l'idée d'un cancer, mais elle diffère néanmoins

•

des ulcérations métritiques banales et fait penser à la tuberculose. Me souvenant du cas que j'avais observé précédemment, je n'hésite pas à pratiquer une biopsie.

Cette petite opération est pratiquée le 20 septembre 1911 sans anesthésie locale au chlorure d'éthyle, et l'examen histologique montre qu'il s'agit sans aucun doute d'une tuberculose du col. On trouvait sur les coupes des granulations tuberculeuses tout à fait caractéristiques et la coloration par le liquide de Ziehl y révéla la présence de bacilles de Koch.

Me souvenant du résultat favorable obtenu par le traitement économique dans un cas analogue. Je décidai de faire une amputation du col.

Tout d'abord, j'examinai avec soin l'état général. Il paraissait excellent. L'exploration des divers appareils et notamment de l'appareil respiratoire, ne révèle absolument rien d'anormal. J'examinai également le mari, qui paraissait, lui aussi, en excellente santé. Il ne présentait rien aux poumons ni non plus au niveau de l'appareil uro-génital.

OPÉRATION le 5 octobre 1911. — J'étais décidé à faire une amputation du col, à moins de trouver, au cours de l'opération, la muqueuse corporéale envahie, auquel cas j'aurais fait l'hystérectomie vaginale. Cette extension ne me paraissait d'ailleurs pas probable, en raison de l'absence de métrorragies.

Je commençai par prélever un fragment convenable au niveau de l'ulcération, aux fins d'examen histologique, puis je curettai énergiquement l'ulcération avec une curette tranchante et la cautérisai fortement au thermo.

Ensuite dilatation du col avec les bougies de Hegar du plus fort calibre pour pouvoir explorer la cavité utérine

aussi complètement que possible. La muqueuse paraît lisse et l'ulcération cervicale semble s'arrêter très nettement au niveau de l'orifice externe, sans empiéter sur le canal cervical.

Après un attouchement à la teinture d'iode de la cavité, curettage, suivi d'une nouvelle cautérisation à la teinture d'iode. Puis amputation du col, par le procédé de Simon-Markwald, en se tenant à bonne distance des lésions. Suture au catgut chromé. Guérison sans incident. La malade sort le 20 octobre.

Elle a été revue depuis à plusieurs reprises, pour la dernière fois le 2 novembre 1912.

Etat général et local excellents. Rien au niveau du col. Peu de leucorrhée. Règles normales. La guérison semble parfaite.

L'examen microscopique du fragment prélevé au cours de l'opération, confirma les résultats de l'examen biopsique. On put se rendre compte que la section du col avait porté en tissu sain, à bonne distance des lésions.

Etiologie

Il est admis par tout le monde que la tuberculose du col de l'utérus est une affection très rare.

Par ordre de fréquence décroissante, la tuberculose de l'appareil génital de la femme se localise de la façon suivante : trompes, corps de l'utérus, ovaires, vagin, col, vulve.

Les conditions qui prédisposent à cette localisation sont de deux ordres :

Conditions générales ;

Conditions locales.

Parmi les premières, l'âge doit certainement jouer un rôle ; c'est ce qu'on constate en consultant les diverses statistiques, comme par exemple celles de BEYEA portant sur 57 observations, celles de LANNES-DEHOIRRE portant sur 35 cas et enfin celle de CHATON où sur 87 cas on trouve que :

Dans 5 cas, la localisation s'est faite au-dessous de 20 ans ; dans 52 cas, les malades avaient de 20 à

40 ans ; dans 16 cas, elles avaient plus de 40 ans.

On a le droit de conclure que la tuberculose du col de l'utérus est une affection de jeunes femmes surtout, à la période d'activité sexuelle.

Elle s'observe en général chez les femmes présentant une hérédité tuberculeuse ou d'autres manifestations tuberculeuses : pulmonaires, ganglionnaires ou osseuses.

Comme conditions locales on relève la coïncidence avec une tuberculose des voies génitales supérieures ou des voies génitales inférieures, ce qui est moins fréquent.

On a signalé à plusieurs reprises les rapports de la tuberculose du col avec les traumatismes locaux.

En 1865, KIWISCH signalait l'influence de la puerpéralité sur le développement de la tuberculose du col ; plus tard, WALTER, REVERDIN, THIERCELIN, SPÆTH ont attiré l'attention sur le même fait ; mais il ne semble pas que la grossesse et l'accouchement ou l'avortement aient au point de vue étiologique une importance aussi grande.

D'après l'observation I on constate que le début des accidents accusés par la malade remonte à la fausse-couche qu'elle fit au mois de mai 1908.

Mais il est à peu près impossible de démêler ce qui, dans les symptômes, appartient à la fausse-couche ou à la tuberculose du col.

De même il est difficile de savoir si la lésion du col existait déjà au moment où l'avortement s'est produit, ou si la métrite hémorragique qui succéda à

l'avortement, favorisa l'inoculation bacillaire. A l'influence des traumatismes locaux il faut ajouter celle du coït. La contagion se fait au moment des rapports sexuels avec un mari atteint de tuberculose et de tuberculose génitale en particulier, mais les observations sont peu nombreuses à ce sujet.

Dans les cas que nous considérons dans notre travail le mari n'avait jamais présenté aucun signe de tuberculose pulmonaire ou génitale.

Il faut noter encore qu'il y a des troubles menstruels en rapport avec une lésion tuberculeuse des voies génitales et en particulier du col.

La plupart des femmes atteintes de cette affection ont été réglées tardivement, à l'âge de 16 18 ans et même de 20 ans ; et très irrégulièrement, tous les deux ou trois mois. Souvent même les règles disparaissent brusquement sans aucune cause apparente.

En somme nous pouvons dire que la tuberculose du col s'observe chez les femmes pendant la période d'activité sexuelle surtout, et qu'on trouve souvent soit une prédisposition héréditaire, soit de la tuberculose des voies génitales supérieures, et plus rarement des voies génitales inférieures.

Mais nous devons ajouter que la tuberculose du col peut être une lésion primitive et c'est précisément ce cas qui est l'objet de deux observations rapportées dans notre travail.

Anatomie Pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique. M. Pozzi, dans son traité de gynécologie, décrit trois variétés de tuberculose du col : une forme miliaire, une forme bourgeonnante papillaire et une forme ulcéreuse.

CHATON a observé un cas avec prédominance des lésions interstitielles et intégrité de la muqueuse et qu'il appelle du nom de forme interstitielle.

La lésion siège le plus souvent sur la portion vaginale du col ou à l'union de la muqueuse du canal cervical et de l'épithélium du museau de tanche.

Dans la statistique M. BEYEA, publiée en 1900 ; on trouve que, dans 11 cas, la maladie était limitée à la portion vaginale du col ; dans 6 cas elle était limitée du canal cervical et dans 44 cas les deux portions étaient atteintes. L'ulcération tuberculeuse du col peut se présenter dans diverses formes. Tantôt

on voit une petite ulcération, ovulaire à fond grisâtre ; tantôt au contraire, on trouve une grande ulcération à bords déchiquetés, décollés ou taillés à pic. Le fond est tantôt jaunâtre, tantôt granuleux, parfois rouge vif. Parfois l'ulcération est superficielle, dans d'autres cas elle s'étend surtout en profondeur.

Au microscope on observe une infiltration embryonnaire générale. Les glandes sont hypertrophiées irrégulières ; les papilles sont plus volumineuses.

Dans la profondeur au niveau de l'ulcération on peut observer des îlots caséux, des cellules géantes entourées d'amas embryonnaires.

Quelquefois les tubercules siègent autour des vaisseaux. Dans les cas observés par M. BENDER, l'ulcération était toute superficielle ; les follicules tuberculeux infiltraient le parenchyme du col ; mais on n'a pas pu constater ces lésions d'hyperplasie de l'épithélium malpighien autour de l'ulcération sur lesquelles insistent POLLOSSON et VIOLET.

Cette hyperplasie peut affecter une apparence pseudo-néoplasique et rendre le diagnostic différentiel entre la tuberculose et un cancer très difficile.

ALTERTHUM a trouvé dans un cas une disposition concentrique des cellules épithéliales, rappelant les îlots épidermiques.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'on connaît des faits où les deux lésions furent trouvées associées,

Les granulations tuberculeuses se présentent sous formes de saillies soit grises et transparentes, soit blanchâtres, soit jaunâtres selon le stade de leur évolution ; Elles siègent surtout sur la portion vaginale du col.

La forme végétante comprend deux variétés.

Dans la première, désignée sous le nom de végétante papillaire, le col hypertrophié est recouvert de végétations molles, friables, saignantes, de couleur rouge ou rosée, ressemble à un choux-fleur.

C'est la forme la plus fréquente.

Dans la seconde forme, dite végétante néoplasique, on trouve des masses bourgeonnantes, d'aspect framboisé.

Histologiquement, la fongosité est formée par l'enchevêtrement des papilles épithéliales et de glandes.

Enfin, dans la forme interstitielle observée par CHATON, l'examen histologique a démontré d'une part l'infiltration considérable du parenchyme du col par les cellules embryonnaires et d'autre part du tissu nécrosé, avec intégrité de la muqueuse.

Macroscopiquement, on constate une hypertrophie du col.

Pathogénie

Les voies que peuvent suivre les bacilles de Koch sont au nombre de quatre :

La voie muqueuse ;

La voie artérielle ;

La voie veineuse ;

La voie lymphatique.

La voie veineuse peut être ascendante et c'est le cas de l'infection par le coït, par les instruments et par les mains contaminés par les produits tuberculeux soit ailleurs, soit dans les voies génitales inférieures. C'est cette voie ascendante, voie directe, qu'on suppose dans les cas de tuberculose primitive du col.

Mais cette lésion est rare, BROUHA (de Liège), dans un article de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (1902) ne reconnaissait que quatre cas de tuberculose primitive du col, auxquels nous pouvons ajouter les cinq cas cités dans les observations VIII, XXIII, LXXI, XXXIII, LXXXV de CHATON (*Contribution à l'étude de la tuberculose*

du col de l'utérus), et deux cas que nous rapportons dans les deux observations de notre travail.

Dans les cas de l'infection par le coït on admet que les germes proviennent de l'urètre, de la vessie, du canal déférent, de l'épididyme ou des testicules; mais d'après les recherches de CURT JANIS et de GARTNER le sperme des tuberculeux peut contenir des bacilles.

Si ce mode d'infection est rare, c'est parce que, comme l'explique CORNIL, la muqueuse du col a un épithélium stratifié, à couches épaisses et résistantes; en plus les sécrétions qui s'écoulent empêchent la stagnation des bacilles; au contraire dans la cavité du col la muqueuse est à épithélium cylindrique, pourvu de villosités et par conséquent apte à retenir les bacilles.

La voie descendante est de beaucoup plus fréquente et c'est le cas de l'infection tuberculeuse du col secondaire à une lésion des voies génitales supérieures ou du péritoine.

La voie sanguine artérielle joue un rôle surtout dans le développement de la tuberculose secondaire. La voie veineuse est possible, quoique très rare. D'après les recherches de LEJARS, les veines génitales communiquent avec différentes régions veineuses voisines et « l'infection peut se faire par le rectum, l'intestin, le rein », comme le dit DERVAUX.

Enfin, la voie lymphatique n'a qu'un rôle tout-à-fait secondaire dans la tuberculose du col.

En somme, la voie muqueuse descendante est la plus fréquente.

Symptomatologie

Au point de vue clinique, les symptômes de la tuberculose du col sont peu caractéristiques surtout au début et lorsqu'il s'agit de la tuberculose primitive du col.

Dans la plupart des cas, cette lésion a été une découverte d'autopsie ; et souvent pour faire le diagnostic de tuberculose du col, il faut y penser, comme dit VIOLET.

I. - **Signes fonctionnels.** — *Les symptômes fonctionnels* signalés dans la plupart des observations sont les suivants :

A) *La pesanteur*, parfois même les douleurs dont se plaignent souvent les femmes ; cette douleur siège dans le bas-ventre et dans les reins ou dans une des fosses iliaques ; quelquefois elle est exaspérée par la fatigue.

On ne peut pas attribuer cette douleur à la lésion

du col car le plus souvent l'utérus ou les annexes sont touchés également. Cependant, dans certaines observations de tuberculose primitive du col, on note la douleur sacrée. Ainsi, le malade dont il s'agit dans l'observation I de notre travail, souffrait de douleurs persistantes dans les reins, accompagnées d'irradiations crurales.

La douleur locale spontanée n'existe presque jamais, le col étant tout à fait insensible.

B) *Les pertes* que présentent les femmes atteintes de la tuberculose du col sont très variables.

Il s'agit, soit de pertes purulentes, souvent fétides, soit de pertes glaireuses, de pertes blanches, parfois striées de sang, soit enfin de pertes sanguines : ménorragiques ou métrorrhagiques. Ces pertes sanguines s'observent surtout dans la forme végétante.

S'il s'agit de sujets présentant d'autres manifestations de tuberculoses ou ayant une prédisposition héréditaire, on peut constater la perte des forces, le mauvais état général et même des poussées fébriles. Mais il est probable que la fièvre doit être mise sur le compte d'une localisation tuberculeuse concomitante.

Avec ces symptômes, il serait impossible de faire le diagnostic.

II. Signes physiques. Les signes physiques fournis par l'examen ru spéculum et le toucher ont beaucoup plus de valeur.

Le spéculum nous vient en aide. C'est grâce à lui qu'on est arrivé à distinguer :

- 1° La forme ulcéreuse ;
- 2° La forme miliaire ;
- 3° La forme végétante-papilleuse et végétante-néoplasique ;
- 4° La forme interstielle, dite aussi hypertrophique ;

Par le toucher on peut reconnaître la consistance du col, l'ulcération qui donne une sensation spéciale de mollesse, les végétations, les masses bourgeonnantes.

CHATON décrit trois formes cliniques de la tuberculose cervicale :

- a) La tuberculose cervicale pure, dite tuberculose primitive ;
- b) La tuberculose cervico-utéro-annexielle ;
- c) La tuberculose cervico-vaginale.

D'après DERVAUX (1) on ne trouve pas en général de tuberculose vaginale sans tuberculose cervicale.

Cette affection peut avoir une marche aiguë ou chronique.

Au début, on trouve une simple infiltration et la lésion ressemble au catarrhe du col ; le col est légèrement hypertrophié et présente une érosion sur les lèvres.

Dans d'autres cas, les follicules sont très nombreux ; ils s'ulcèrent et se fusionnent en donnant une grande perte de substance.

(1) Thèse de Lille, 1902.

Cette forme de tuberculose cervico-vaginale a un mauvais pronostic, car l'extension se fait très facilement, soit par continuité de tissus, soit par voie lymphatique.

La marche aiguë se caractérise par une leucorrhée très abondante ; le col et la partie supérieure du vagin sont couverts de granulations et d'ulcérations.

En résumé, on peut conclure que le diagnostic de la tuberculose du col est extrêmement difficile et que l'examen de laboratoire est indispensable.

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif de la tuberculose du col de l'utérus est très difficile à établir sur les seules données de la clinique. En effet, qu'il s'agisse des symptômes fonctionnels ou des signes physiques, ni les premiers ni les seconds ne sont caractéristiques.

La douleur, la pesanteur et les pertes se rencontrent dans presque toutes, pour ne pas dire toutes les affections des voies génitales : métrites, salpingites, néoplasmes, etc. De même les différentes formes anatomiques de la tuberculose du col de l'utérus se peuvent rencontrer dans d'autres affections dont nous parlerons à propos du diagnostic différentiel.

Restent donc à employer les procédés de laboratoire.

Dans un premier groupe, on peut placer tous les procédés d'investigation propres à déceler la tubercu-

lose chez la malade, c'est-à-dire l'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction, le séro-diagnostic, le cyto-diagnostic, le tuberculino-diagnostic.

Dans un second groupe de recherches, on placera celles qui auront pour but immédiat le diagnostic de tuberculose du col. Pour cela, on examinera le sang et le liquide qui découlent du col, ou bien on les inoculera à un cobaye.

Enfin reste le procédé de choix qui, seul, peut trancher le diagnostic : la *biopsie*. On excise une partie du col soupçonné de tuberculose, et on recherche sur des coupes soit les cellules géantes, soit les bacilles de Koch.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Pour établir ce diagnostic, nous suivrons ici la classification des formes cliniques, c'est-à-dire que nous examinerons successivement les affections qui peuvent être confondues avec les formes : miliaire, ulcéreuse, végétante et hypertrophique de la tuberculose du col utérin.

1° **Forme miliaire.** — Les granulations typiques tuberculeuses doivent être différenciées :

- A) d'une poussée d'*herpès*, mais alors la douleur, la fièvre, la production des éléments au moment des règles, leur évolution spéciale et en particulier leur résistance beaucoup moindre que celle des granulations tuberculeuses fixeront le diagnostic.

b) d'une éruption de *Zona* qui sera reconnue par l'unilatéralité des éléments et la douleur très violente.

c) des *œufs de Naboth*, qui sont produits par des dilatations des glandes et qui laissent écouler par ponction un produit glaireux.

2° Forme ulcéreuse. — Ici la multiplicité des formes incitera à une attention plus soutenue.

L'ulcération peut en effet tenir à plusieurs causes : elle peut dépendre d'un processus inflammatoire, d'une origine vénérienne, d'un phénomène d'ordre obstétrical ou d'une lésion néoplasique.

Dans le 1^{er} cas, on ne la confondra pas avec :

A) une simple érosion.

B) une ulcération résultant d'une métrite chronique qui n'aura pas les bords taillés à pic comme l'ulcération tuberculeuse, elle est superficielle, tantôt granuleuse, tantôt fongueuse.

C) un ectropion de la muqueuse facile à diagnostiquer par sa continuité avec la muqueuse cervicale.

Dans le 2^e cas, le diagnostic devra être fait avec :

A) le *chancre syphilitique du col* qui est bien surélevé, lisse, et gris rosé. Son induration est difficile à percevoir. L'adénopathie manque.

B) *le chancre mou*, à bords non irréguliers, fond jaune, indolent, et où l'on retrouvera le bacille de DUCREY.

C) *certaines syphilides* (érosives, opalines, diphtéroïdes, papuleuses, ulcéreuses.)

D) *la syphilis tertiaire du col*.

Dans le 3^e cas, on songe à :

A) *une déchirure* (généralement à gauche) produite au cours d'un accouchement.

B) *une lésion traumatique* (produite pendant l'accouchement ou au cours d'un avortement criminel.)

C) *une escharre du col* au cours de l'infection puerpérale.

Dans le 4^e cas, il faudra faire le diagnostic, avec :

A) *une lésion de leucoplasie*.

B) *une ulcération cancéreuse*. Ici le diagnostic a une grande importance. Mais la douleur, les hémorragies, l'écoulement fétide, la dureté ligneuse du col, dépassant les limites de l'ulcération, l'état général aideront au diagnostic. En cas de doute on devra recourir à la biopsie qui sera souvent le seul moyen de faire le diagnostic.

3^e **Forme végétante :**

A) Dans les cas de végétations diffuses il faudra songer : *aux végétations de la blennorragie* ou *de la grossesse* et qui coexistent en général

avec des végétations vulvaires et vaginales au sarcome diffus.

B) Dans le cas de végétations néoplasiques on songera :

1° *Au sarcome végétant* dont la forme en grappe de raisin est bien connue.

2° *aux polypes bénins du col ;*

3° *et surtout au cancer.* Mais là, en faveur du cancer, on trouvera : des pertes abondantes, des hémorragies fréquentes, de la fétidité, de fortes douleurs, une friabilité spéciale de l'organe ; de plus, l'âge, l'évolution fixeront le diagnostic.

4° **Forme hypertrophique.** — Elle ne devra pas être confondue avec :

A) *l'infiltration néoplasique du col ;*

B) *le développement d'un fibrome intracervical ;*

C) *une gomme interstitielle ;*

D) *l'hypertrophie de l'une des lèvres du col.*

Pronostic

Le pronostic de la tuberculose du col de l'utérus est essentiellement variable, suivant que la tuberculose est *primitive* ou *secondaire*.

Dans le cas de tuberculose secondaire, le pronostic est toujours grave.

La malade est en effet généralement atteinte de tuberculose pulmonaire ; parfois c'est un autre organe que le poumon qui est touché, dans d'autres cas, il y a concomittance de plusieurs lésions bacillaires. L'état général est atteint. La plupart des malades succombent fatalement, soit aux suites de leur affection pulmonaire, soit de granulie.

Dans le cas de tuberculose primitive localisée, grâce à la défense naturelle de l'organisme, et surtout grâce à l'intervention précoce dans les conditions qui sont indiquées plus loin dans le chapitre réservé au traitement, le pronostic est singulièrement amélioré, la guérison est presque toujours la règle.

Ainsi, par exemple, les deux malades dont nous rapportons les observations, ont été opérés l'une il y a trois ans et l'autre il y a un an, et elles se portent actuellement l'une et l'autre très bien, sans qu'une récurrence se soit produite,

Traitement

La question du traitement de la tuberculose primitive du col a présenté depuis quelques années une évolution assez remarquable. Pendant très longtemps on a vécu sur l'idée que la tuberculose cervicale était le plus souvent associée à la tuberculose utéro-annexielle, que même lorsqu'elle était primitivement isolée, elle avait une tendance à envahir rapidement la muqueuse du corps. Et l'on avait été conduit ainsi, logiquement à une thérapeutique radicale, c'est-à-dire à l'hystérectomie, dans tous les cas où l'état général de la malade ne constituait pas une contre-indication à l'opération.

Il est évident que l'hystérectomie est et demeurera le seul traitement logique lorsqu'on n'est pas certain que les lésions sont absolument limitées à la portion vaginale du col. Et, en cas de doute il vaut mieux pratiquer l'hystérectomie que de faire une opération incomplète dont le plus sûr effet serait de favoriser la diffusion de l'infection tuberculeuse.

Mais il apparaît de plus en plus que le traitement radical doit céder le pas à des méthodes plus conservatrices dans tous les cas où la lésion cervicale est limitée, circonscrite et constitue une lésion véritablement locale. POLLOSSON et VIOLET, en 1906, recommandaient formellement le traitement conservateur en matière de tuberculose utérine et l'amputation du col leur paraissait représenter l'intervention maxima admissible dans le cas de tuberculose cervicale. Ils recommandaient de préférence le curetage énergique, suivi de cautérisation au chlorure de zinc ou au thermo, même dans le cas où les lésions s'étaient propagées déjà à la muqueuse corporéale. Ce sont à peu près les conclusions auxquelles est arrivé CASTANY.

Les deux observations que nous avons rapportées apportent à cette opinion un appui très sérieux. Dans le premier cas la nature exacte du mal avait été méconnue et le diagnostic ne fut fait qu'à l'examen histologique.

M. BENDER avait fait l'amputation du col croyant qu'il s'agissait d'une simple métrite cervicale. Il n'espérait pas que cette opération donnerait un résultat durable et cependant aujourd'hui, après trois ans et demi écoulés, la guérison s'est maintenu parfaite. C'est le résultat obtenu dans ce cas, qui l'avait engagé, dans sa deuxième observation, ou le diagnostic avait été fait à la suite d'une biopsie, à ne faire aussi qu'une amputation du col. Et là encore, le résultat a

été excellent puisque, actuellement, après quinze mois la cicatrice cervicale est parfaite et qu'il n'y a aucune trace de récédive.

Il semble résulter de ces deux faits et des observations antérieurement publiées que le traitement conservateur doit être la règle en présence d'une tuberculose primitive et circonscrite au col,

La meilleure conduite à suivre nous paraît être la suivante : Lorsqu'un examen clinique attentif nous a convaincu que nous sommes en présence d'une ulcération cervicale tuberculeuse, bien limitée et n'empiétant pas trop sur le canal cervical, on doit faire comme premier temps un curettage énergique de cette ulcération suivi d'une cautérisation au thermo. On dilatera ensuite très soigneusement l'orifice cervical et l'on explorera la cavité utérine. Si cet examen révèle la présence de végétations suspectes, ou si le curettage que l'on fera ensuite ramène des débris de muqueuse manifestement altérée, on pratiquera sans hésitation l'hystérectomie vaginale. Dans le cas contraire, si la muqueuse du corps est saine, on fera l'amputation du col, suivant le technique de SIMON-MARKWALD. Il va sans dire que les malades ainsi traitées doivent être étroitement surveillées dans la suite et que toute trace de récédive du mal commandera l'intervention radicale.

Conclusions

1° La tuberculose du col de l'utérus peut exister en tant que lésion primitive, sans coexistence d'aucune autre tuberculose génitale ou viscérale. Elle paraît plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

2° La forme la plus commune est la forme ulcéreuse. Plus rarement on rencontre la forme miliaire ou la forme bourgeonnante papillaire, ou encore la forme interstitielle, dans laquelle les tubercules se développent dans le parenchyme du col en laissant la muqueuse intacte.

3° L'ulcération tuberculeuse du col peut être facilement confondue avec une ulcération métritique commune. La biopsie permettra seule de faire le diagnostic dans la plupart des cas.

4° La tuberculose du col se propage parfois assez rapidement à la cavité utérine. En pareil cas, l'hysté-

rectomie doit être pratiquée et la vaginale paraît être la méthode de choix.

5° Mais souvent l'ulcération tuberculeuse est une lésion tout à fait circonscrite, montrant peu de tendance à l'envahissement. Les opérations radicales sont alors contre-indiquées et les opérations conservatrices, l'amputation du col en particulier, permettent d'obtenir des résultats excellents et durables.

Vu : *Le Président de thèse,*
POZZI.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Bibliographie

ADENAT. — Tuberculose primitive de l'utérus. « Gazette hebdomadaire », 11 sept. 1902.

ALTERTHUM. — « Monatschrift fur geb. und gynécologie », (1901-1902).

AMANN. — Congrès international gynécologie et obstétrique de Rome (1902).

ARCHAMBAULT. — « Gazette de gynécologie », 1902.

ASCAR ATTILIO. — « Medical Blaetter », 8 janvier 1906.

BAUMGARTEN. — « Berliner Klinische Wochenschrift », 1904.

BENDER. — Une forme hypertrophique non ulcéreuse de tuberculose de la vulve. « Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale », 1903.

« Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale », 1906.

BEYEA. — « American Journal of obstetric », 1899.

— « Annales de gynécologie », 1900.

— XIII^e Congrès international de médecine (section de gynécologie), 1900.

BOLDT. — « Monatschrift für geburt und gynécologie », 1902.

BRAYE. — Thèse Paris, 1903.

BROOK. — Obstetrical Society of London, 1903.

BROUARDEL. — Thèse Paris, 1865.

BROUHA. — « Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale », 1902.

BUSCARLET. — « Bulletins de la Société anatomique », 1890.

CHATON. — « Bulletins de la Société anatomique », 1907.

CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, 1899.

— « Journal des connaissances médicales ». (Juillet 1888).

— « Journal des connaissances médicales ». (Août 1888).

COTTE. — « Gazette des Hôpitaux ». (Septembre 1907).

COUSYN. — Thèse de Paris. 1903.

CROFT. — « The Journal of obst. and. gyn. of the british empire ». 1902.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique.

DAURIOS. — Thèse de Paris, 1889.

DELAUNNAY et DARRÉ. — « Gazette des Hôpitaux. 1905.

DELETREZ. — « Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie ». (Janvier 1908).

DERVAUX. — Thèse de Lille. 1902.

DERVILLE. — Thèse de Paris. 1887.

DRIESSEN. — « Centralblatt für gynécologie ». 1893.

EMMANUEL. — « Zeitschrift für geb. un Gyn. » (1883-4.)

FAURE. — « Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. 1902.

FERNET. — In Thèse Derville.

FERRARI. — « Annali di obst. e di gynecologia ». Milan, Anno 25º, nº 6.

FRANK. — « Monatschrift für geb. und gyn ». 1899.

FRANQUÉ. — Zeitschrift für geb und gyn. 1897.

GIGLIO. — Annali di obstetric. y gynecologia. Milan 1892.

GLOCKNER. — Bitrag zur geb. und. gyn. Leipzig 1991.

GODARD. — Bulletins de la société anatomique, 1867.

GOROWITZ. — Thèse de Paris, 1900.

GOLTSCHALK. — Archives für gynécologie. (1903).

HEIDENTHALER. — Wiener Klinische Wœhen Schrift, 1890.

HERMANN. — Ritter von Hauschka Wiener Klinische Wochenschrift, 1901.

HAFBAUER. — Archives für gynécologie, 1898.

HOLMES COATE. — London médical (Gazette), 1850.

HOMOLLE. — Société anatomique, 1877.

YUNG. — XI^e congrès de la société Allemande de gynécologie.

KAUFMANN. — Zeitschrift für Geb. und Gyn ; 1897.

KNAUER. — Monatschrift. Bd. XVII.

LABADIE, LAGRAVE et LÉGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1904.

LANNES-DEHORRE. — Thèse de Lyon. 1905.

LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.

LE DENTU. — Semaine gynécologique. Paris. 1901.

LE PETIT. — « Bulletins de la Société anatomique », 1892.

LEURET. — Thèse de Paris. 1903.

LEWERS. — Monatschrift für geb. und gyn. 1903.

LIUVILLE. — Société anatomique. 1873.

LISFRANC. — Clinique chirurgicale de la Pitié. Tome III.

MALY. — « Monatschrift für geb. und gyn. » 1907.

MARTIN. — Archives provinciales de chirurgie. 1905.

MAYOR. — « Bulletins de la Société anatomique », 1887.

MÉNÉTRIER. — « Bulletins de la Société anatomique », 1889.

MEYER. — « Archives für gynécologie », 1896.

MICHAELIS. — « Beitrag zur geb. und gyn. », Bd III.

MOSLER. — Inaug. clin. Strasbourg, 1885.

NANARD. — Thèse de Paris, 1892.

NAUDIN. — Thèse de Paris, 1885.

PARROT. — In Thèse Giraud.

PETIT. — Archiv. d'obstét. et de gyn. 1890.

PICHEVIN. — Semaine gynécologique, 1901.

POLLOSSON et VIOLET. — « Revue de gynécologie et chirurgie abdominale », 1906.

POPOFF. — Dissert. inaug. St-Pétersbourg, 1898.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1907.

RAYNAUD. — Archives générales médicales, 1831.

REVERDIN. — « Revue médicale de la Suisse Normande », 1895.

RESVILLIOD. — « Bulletin de la Société anat. », 1884.

RICHELOT. — La gynécologie, 1905.

— Semaine gynécologique, 1906.

— Traité de chirurgie de l'utérus.

RIGAL. — Société médicale des hôpitaux, 1879.

SCHUTT. — Thèse de Kiel, 1889.

SIPPEL. — « Monatschrift für geb. und gyn. », 1905.

TÉDENAT. — Congrès français de chirurgie, Paris, 1905.

THIERCELIN. — « Bulletins de la Société anatomique »,
1889.

TRIPPIER. — Traité d'anatomie pathologique.

UHLAND. — Inaug. diss. Tübingen, 1886.

VEIT. — « Revue de gyn. et d'obs. », 1902.

VEINSBERG. — « The American Journal of obst. », 1903.

VITRAC. — « Semaine gyn. », 1898.

VERMEIL. — Thèse Paris, 1880.

WALTHER. — « Monatschrift für geb. un gyn. », 1897.

WILLIAMS. — « Britsch. med. Journal », 1895.

WINTER. — Société gynécol. de Berlin, 1887.

ZWEIFFEL. — « Centralblatt für gyn. », 1890.

ZWEIGBAUM. — « Berliner Klinische Wochenschrift », 1888.

Table des Matières

I. — INTRODUCTION.	9
II. — OBSERVATIONS.	11
III. — ÉTIOLOGIE.	23
IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	27
V. — PATHOGÉNIE.	31
VI. — SYMPTOMATOLOGIE.	33
VII. — DIAGNOSTIC.	37
VIII. — PRONOSTIC.	43
IX. — TRAITEMENT.	45
X. — CONCLUSIONS.	49
XI. — BIBLIOGRAPHIE.	51



IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e)



